

SOLICITUD DE INGRESO DE PRESTADORES

RAZÓN SOCIAL: _____

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: _____

REPRESENTANTE LEGAL: _____

DOMICILIO LEGAL

Calle: _____ Localidad: _____ Código Postal: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____ email: _____

DOMICILIO COMERCIAL

Calle: _____ Localidad: _____ Código Postal: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____ email: _____

PRESTACIONES

DIRECTOR RESPONSABLE (Deberá indicarse en cada prestación por separado)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CENTRO DE DÍA
DIRECTOR: _____ | <input type="checkbox"/> CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO
DIRECTOR: _____ |
| <input type="checkbox"/> ESTIMULACIÓN TEMPRANA
DIRECTOR: _____ | <input type="checkbox"/> PRESTACIONES EDUCATIVAS: EDUCACIÓN INICIAL
DIRECTOR: _____ |
| <input type="checkbox"/> PRESTACIONES EDUCATIVAS: EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA
DIRECTOR: _____ | <input type="checkbox"/> PRESTACIONES EDUCATIVAS: APOYO A LA INTEGR. ESCOLAR
DIRECTOR: _____ |
| <input type="checkbox"/> PRESTACIONES EDUCATIVAS: FORMACIÓN LABORAL Y/O REHABILITACIÓN PROFESIONAL
DIRECTOR: _____ | <input type="checkbox"/> HOGAR
DIRECTOR: _____ |
| <input type="checkbox"/> HOGAR CON CENTRO DE DÍA
DIRECTOR: _____ | <input type="checkbox"/> HOGAR CON CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO
DIRECTOR: _____ |
| <input type="checkbox"/> HOGAR CON EDUCACIÓN INICIAL
DIRECTOR: _____ | <input type="checkbox"/> HOGAR CON EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA
DIRECTOR: _____ |
| <input type="checkbox"/> HOGAR CON FORMACIÓN LABORAL
DIRECTOR: _____ | <input type="checkbox"/> RESIDENCIA
DIRECTOR: _____ |
| <input type="checkbox"/> PEQUEÑO HOGAR
DIRECTOR: _____ | <input type="checkbox"/> OTRO/S:
DIRECTOR: _____ |

MODALIDAD SOLICITADA

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> JORNADA SIMPLE | <input type="checkbox"/> JORNADA REDUCIDA | <input type="checkbox"/> ALOJAMIENTO PERMANENTE |
| <input type="checkbox"/> JORNADA DOBLE | <input type="checkbox"/> ALOJAMIENTO LUNES A VIERNES | <input type="checkbox"/> ALOJAMIENTO FIN DE SEMANA |
| <input type="checkbox"/> CON DEPENDENCIA | | |

**PRESTACIONES**

Marcar el casillero según corresponda

TERAPIA O REHABILITACIÓN FÍSICA	
PSICOLOGÍA	
PSICOPEDAGOGÍA	
TERAPIA OCUPACIONAL	
FONOAUDIOLOGÍA	
KINESIOLOGÍA	
PSICOMOTRICIDAD	
TALLER/ES (Especificar patología a cubrir)	
OTROS	

REQUISITOS

Inscripción y categorización de la Institución en Super Intendencia de Servicios de Salud (SSS)	
Copia DNI del solicitante (Apoderado - Director - Socio Gerente - Representante Legal)	
Constancia de Seguro de Mala Praxis.	
Constancia de Inscripción de AFIP - DGR Tuc.	
Descripción del proyecto y de la población a atender	
Planificación del servicio y de las actividades	
Carga horaria	
Copia de los títulos profesionales	
Inscripción y categorización de los Profesionales en Super Intendencia de Servicios de Salud (SSS)	

A fin de dar inicio al trámite requerido se le notifica al interesado que deberá completar la documentación que se indica, sin la cual no podrá dar inicio al expediente.
Queda usted debidamente notificado.